Nr 18. Kraków, 4. maja 1918. Rok LVII.

Redakcya: Kraków 9 (Łobzów) Telefon 3105

Administracya: ul. Dunajewskiego 2 Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę odbitek, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 30 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi; kwartalnie 7 kor. 6 marek.

Jeden numer osobno kosztuje 70 ha

ZAKŁAD WODOLECZNICZY I SANATORYUM

Dra KUPCZYKA
specyalisty chorób nerwowych
Kraków, Szujskiego l. 9—11. Tel. 1295.

Wskazania: Choroby nerwowe, żołądka i jelit, niedokrwistość, skaza moczanowa, cukrzyca, otyłość, ogólne osłabienie, choroby serca i naczyn krwionośnych. 152



Polecam mój

Chloraethyl

Dr Thilo

z zamknięciami automatycznemi i spiralnemi, odpowiednio do farmakopei austr. VIII., jak najgoręcej.

Flaszki automatyczne napełnia się na nowo.

Prospekty do rozporządzenia. 89

Mr. C. RAUPENSTRAUCH,
em. aptekarz, WIEDEŃ II., Castellezg. 25.

Dr. M. CERCHA

ordynuje 210

w KRYNICY Domek Szwajcarski
od 15-go maja.

NORMALNE WODY MINERALNE

WEDŁUG PRZEPISU

PROF. DRA W. JAWORSKIEGO W KRAKOWIE.

(NAUKA O CHOROBACH WEWNĘTRZNYCH TOM III. PROF. W. JAWORSKI).

WYRABIA RZĄDOWA UPRAWNIONA FABRYKA 201

K. RZĄCY i CHMURSKIEGO w KRAKOWIE, ul. św. Gertrudy L. 4. (Telefon Nr 227).

Normalne wody mineralne z przepisu Prof. Dr W. Jaworskiego.

Nr	Woda lecznicza	flaszka	h.	Nr	Woda lecznicza	flaszka	h.	Nr	Woda lecznicza	flaszka	h.
I	Normalna	3/4 l.	1·—	XII	Jodowa słabsza . .	3/4 l.	1·10	XXIII	Różowa mocniejsza	3/4 l.	1·20
II	Alkaliczna słabsza .	» l.	95	XIII	» mocniejsza .	1/2 l.	1·10	XXIV	Ziemna słabsza . .	» l.	1·10
III	» mocna .	» l.	1·—	XIV	Bromowa słabsza .	3/4 l.	1·05	XXV	» mocniejsza .	» l.	1·20
IV	Słona słabsza . . .	» l.	1·—	XV	» mocna .	1/2 l.	1·10	XXVI	Magnezowa różowa	» l.	1·10
V	» mocniejsza	» l.	1·05	XVI	Żelazista	3/4 l.	1·05	XXVII	Niesłona	1/1 l.	95
VI	Alkaliczno-słona . .	» l.	95	XVII	Arsenawa	1/2 l.	1·10	XXVIII	Radowa czysta . .	3/4 l.	—
VII	Glauberska mocna .	» l.	1·05	XVIII	Arseno-żelazista . .	1/2 l.	1·10	XXIX	» alkaliczna .	» l.	—
VIII	» słabsza .	» l.	95	XIX	Dyetetyczna	3/4 l.	1·—	XXX	» glauberska	» l.	—
IX	Magnowa . . .	» l.	1·10	XX	Kwaskowata . . .	1/2 l.	95	XXXI	» litowa . .	» l.	—
X	Wapniowa	» l.	1·10	XXI	Stołowa normalna	3/4 l.	95				
XI	Litowa	» l.	1·10	XXII	Różowa słabsza . .	» l.	1·05				

UWAGA: Dla odróżnienia, godłem wód normalnych jest na etykietach rysunek **ryby** ze strzałką. Dla uniknięcia pomyłek z wodami naśladowanemi, uprasza się do nazwy szczegółowej wody dodawać wyraz »**normalna**« i numer. — Broszury podające skład i terapeutyczne stosowanie wód normalnych przesyłamy na żądanie franco.

Rok LVII. Kraków, 4. maja 1918. Nr. 18.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKOW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

O ranach postrzałowych oczodołu.

Podał

Dr Jan Lauber

c. i k. lekarz sztabowy, docent uniwersytetu wiedeńskiego, naczelny lekarz oddziału okulistycznego... armii.

Liczba ran postrzałowych oczodołu w teraźniejszej wojnie jest bardzo wielka. Naturalnym skutkiem tego jest znaczna liczba artykułów w prasie fachowej, zajmujących się objawami tego rodzaju zranień.

Kilka przypadków postrzałów oczodołów dostało się w moje ręce; przypadki te odznaczają się cechami, mogącemi wzbudzić ciekawość nie tylko kolegów okulistów, lecz także wszystkich lekarzy, zajmujących się zranieniami głowy.

Literatura, zajmująca się sprawą postrzałów oczodołu, tak przedwojenna, jak też podczas wojny powstała, nareszcie własne doświadczenia pozwalają podzielić postrzały oczodołu, uwzględniając ich wpływ na gałkę oczną, na trzy grupy.

1) Pocisk, wnikający do oczodołu, albo przenikający go, trafia samą gałkę oczną i rozdziera ją. Oko jest stracone. Do tejże grupy należą przypadki zranień gałki ocznej przez mniejsze obce ciała, przenikające gałkę oczną, lub przebijające jej ściany dwukrotnie. Przypadki te są bardzo liczne; nie wchodzą one w zakres niniejszej pracy.

2) Przypadki, w których pocisk lub część pocisku wnika do oczodołu, albo wprost uszkadza nerw wzrokowy, albo rozstrzaskuje kości i wywołuje następowy zanik nerwu wzrokowego. Największa część postrzałów oczodołu należy do pierwszej i drugiej grupy. Jest to naturalnym skutkiem braku miejsca w oczodole i wielkiej wrażliwości gałki ocznej wobec wszelkiego rodzaju zranień.

3) Do tej grupy należą przypadki, w których pocisk albo dotyka tylko gałki ocznej, nie przebijając twardówki, albo oddziaływa na nią przez pośrednictwo zawartości oczodołu.

Niniejsza praca zajmie się przedewszystkiem przypadkami trzeciej grupy. Każdy chirurg i okulista jeszcze przed wielką wojną widział wielką liczbę postrzałów oczodołu. Znają oni wszyscy obrazy zaniku nerwu wzrokowego skutkiem zranienia nerwu w głębi oczodołu, wyrwania nerwu wzrokowego z gałki ocznej, wybroczyn wnętrza oka z rozerwaniem wewnętrznych błon ocznych, czasami także bez takowych, z następowem wytwarzaniem się tkanki łącznej (retinitis proliferans interna seu sclopetaria).

Istnieje jednak pewna liczba przypadków, w których pomimo obecności nawet wielkiego pocisku w oczodole (pocisk rewolwerowy lub karabinowy) bystrość wzroku pozostaje dobrą od początku, albo powraca po wygojeniu skutków zranienia, lub po wyjęciu pocisku przez operacyę.

W literaturze, która mi jest obecnie dostępną, mogłem znaleźć tylko 14 takich przypadków. Są to 2 przypadki Bernarda (2), dwa Hirschberga (6), dalej przypadki Saemischa (15), Regniera (14), Pollnowa (11), Liebleina (10), Zimmermana (19), Wagenmanna (17), Igersheimera (8) i Pochera (13).

Mogę oprócz tego przytoczyć cztery własne przypadki.

1) Clairmont i ja spostrzegaliśmy ten przypadek na klinice radcy dworu Eiselsberga w Wiedniu i Clairmont już go raz ogłosił (3).

17-letnia E. Sch. w zamiarze samobójczym strzeliła w prawą skroń, przyłożywszy lufę rewolweru drobnego kalibru. Uczuła silny ból i straciła przytomność. Po ocknięciu się w 4 godziny później zauważyła chora, że na prawe oko zupełnie nie widzi. Oprócz chwilowo powracających bólów w całej głowie i silnego bólu przy żuciu twardych pokarmów, nie skarżyła się na nic. W trzy tygodnie po zranieniu chora została przyjęta do kliniki. Podobno prawe oko z początku było zupełnie zamknięte i nieruchome. W ostatnich czasach chora zauważyła nadmierną wrażliwość na ból skóry szyi, wskutek czego nie mogła nosić zapiętego kołnierza.

23. X. 1916 r., w dniu przyjęcia chorej do kliniki, widać było na prawej skroni, na wysokości łuku brwi, małą ranę w zabliźnieniu (miejsce wejścia pocisku). Miejsca wyjścia pocisku nie było. Oś prawego oka jest znacznie odsunięta na zewnątrz. Prawe oko nie może wykonywać ruchów w prawo, lewo i ku dołowi, ruch ku górze jest możliwy w nieznacznym stopniu. Poczucia światła brak zupełnie. Wynik badań w klinice Schnabla: Niezupełne porażenie mięśni: prostego zewnętrznego, prostego górnego, skośnego górnego i zupełne porażenie mięśni: prostego wewnętrznego i prostego dolnego, jak również wewnętrznych mięśni oka, zanik nerwu wzrokowego ze śladami przebytego przekrwienia siatkówki. Cały obraz chorobowy przedstawia uszkodzenia nerwów w oczodole.

W lewem oku widać plamy rogówki, dno oka prawidłowe. Ponowne badanie ruchomości prawego oka 24. X. okazuje, że ruchomość w kierunkach zewnętrznym, dolnym i wewnętrznym częściowo powróciła, tak że można tylko rozpoznać niedowład wysokiego stopnia nerwu okoruchowego, odwodzącego i bloczkowego. Brak odruchu źrenicy na światło. Nie można również wywołać odruchu współczulnego prawej źrenicy przez oświetlenie lewej. Z tego można wnioskować, że istnieje obwodowe uszkodzenie nerwów. Dno oka nie zmienione; zanik siatkówki może cokolwiek postąpił.

Oprócz nieznacznego zmniejszenia powonienia niema zmian w innych nerwach mózgowych. Dalsze badanie wykazuje nadmierną wrażliwość na ból skóry podbródka, szyi i górnych części piersi. Głowa i kark nie okazują zboczeń. Poczucie dotyku i ciepłoty w zakresie nadmiernej wrażliwości na ból, która dosięga wyższego stopnia w środkowej części, niż w obwodowych, jest prawidłowe.

Badania w kierunku oznak histerycznych wykazały obniżenie odruchu przełykowego, prawidłowe odruchy rogówkowe i kolanowe, obustronną wrażliwość przy nacisku na zewnątrz od sutków, obustronną owaryalgię.

Fotografia rentgenowska w kierunku czołowym (ryc. 1) wykazuje wysycony okrągły cień, leżący przed i poniżej dna siodła tureckiego i odpowiadający pociskowi. W pobliżu tego cienia, wyżej, niżej i przed nim, leżą małe cienie, odpowiadające odłamanym cząstkom ołowiu. Fotografia w kierunku strzałkowym (ryc. 2). wykazuje w dolnej i zewnętrznej ćwiartce oczodołu cień kształtu czworoboku z zaokrąglonymi rogami, którego oś leży w kierunku czołowym. Ku środkowi od niego leżą pomniejsze cienie nieprawidłowego kształtu i tego samego wysycenia.

31. X. istnieje jeszcze niezupełne porażenie nerwu okoruchowego; ruchy, wykonywane przez mięsień prosty wewnętrzny, są najwięcej utrudnione. Źrenica nieco się zwęziła, ukazuje lekki odruch przy zbieżności oczu; oświetlenie lewego oka powoduje lekki współczulny odruch. Widać zatem, że także wewnętrzne gałęzie nerwu okoruchowego zaczynają powracać do działalności. Nerw odwodzący jeszcze osłabiony. Zmiany, widoczne za pomocą wziernika, są jednakowe, jak przy pierwszem badaniu. Badanie wrażliwości wykazuje, że dolna granica pasma nadmiernej wraż

liwości na ból posunęła się ku górze, górna granica (z dziedziną nerwu trójdzielnego) pozostała niezmienioną.

9. XI. daje się spostrzedz polepszenie porażenia nerwu okoruchowego. Współczulny odruch źrenicy jest wyraźny, powstało także poczucie światła. Dziedzina nadmiernej wrażliwości na ból zmniejszyła się znowu od dołu. Klinika okulistyczna podaje 27. XI.: Niedowład mięśnia prostego górnego (najwięcej porażony), prostego wewnętrznego (najmniej porażony) i prostego dolnego. Źrenica jest średniej wielkości, bezpośredni i współczulny odruch na światło jest bardzo powolny. Naczynia siatkówki więcej się nie zwęziły. Poczucie i umiejscowienie światła dobre. Chora liczy prawem okiem palce w odległości 20 cm. Z dziedziny nadmiernej wrażliwości na ból pozostała tylko mała resztka. Chora opuściła klinikę, tak że śledzenie dalszego przebiegu choroby nie było możliwe. Rodzice jej pisali w styczniu 1907 r., że bystrość wzroku prawego oka znacznie się polepszyła, tak że chora może bez żadnych trudności występować, jako aktorka. W jesieni 1907 r. mówiła jej matka, że chora powróciła do zdrowia zupełnie i niema żadnych dolegliwości.

runkach zmniejszona, zwłaszcza ku dołowi. $V = {}^6/_6$. Dno oka prawidłowe. Wskutek wypuklenia i zmniejszonej ruchomości oka istnieją podwójne obrazy we wszystkich kierunkach. Spojówka jest obrzękła i wystaje pomiędzy gałką oczną i dolną powieką. Badanie zapomocą promieni Roentgena (ryc. 3. i 4.) wykazuje obecność rosyjskiego pocisku karabinowego w lewym oczodole, zwróconego podstawą ku stronie skroniowej. Pocisk zatem musiał przed wtargnięciem do głowy zrobić zwrot o 180°; widocznie uderzył o twardy przedmiot, zanim żołnierza zranił. Wobec silnego wypuklenia oka, spowodowanego przez pocisk w oczodole, zachodziła konieczność usunięcia pocisku, nie można było bowiem się spodziewać, że wypuklenie ustąpi bez operacyi.

18. XI. skroniowa ściana oczodołu została czasowo wycięta podług metody Krönleina; zaraz na nosowej stronie zewnętrznego mięśnia prostego, w jamie, napełnionej mętnym płynem, leżał pocisk, który z łatwością wyjęto. Rana zgoiła się per primam. Po dwóch miesiącach, podczas których zdwojone widzenie zmniejszyło się stopniowo, osiągnięto prawidłowy stan narządu wzroku. Ranny opuścił szpitał 19. I. 1915 r. Parę mie-



Ryc. 1.



Ryc. 2.

Pocisk wszedł przez prawą skroń. Z pewnością można było uważać, że oznaki nerwowe były spowodowane przez obwodowe uszkodzenie nerwów. Dowodziło tego jednoczesne porażenie nerwów wzrokowego, okoruchowego, odwodzącego i bloczkowego, brak współczulnego odruchu źrenicy. Na podstawie fotografii rentgenowskich także trzeba było twierdzić, że pocisk leży w tylnej części oczodołu, blizko dolnej i zewnętrznej ściany. Prędkie ustąpienie ślepoty i upośledzenia ruchów oka dowodzą przeciwnie, że nie chodziło o przerwanie samych nerwów, prawdopodobnie wybroczyna tylko wywarła ucisk na nerwy. Gdyby pocisk rzeczywiście wtargnął był do wnętrza tylnej części oczodołu, nastąpiłoby niechybnie rozerwanie nerwów; jest zatem prawdopodobnem, że kula została w bocznej ścianie oczodołu.

2) Artylerzysta J. K., 29 lat, został raniony podczas walk nad Sanem 2. XI. 1914 r. Pocisk karabinowy trafił go w prawą kość jarzmową. 14. XI. został chory przyjęty na oddział okulistyczny c. i k. szpitala garnizonowego w Wiedniu.

Stan obecny: Nieco niżej łuku jarzmowego, około 4 cm przed uchem znajduje się mała blizna (miejsce wlotu pocisku). Miejsca wyjścia pocisku niema. Prawe oko prawidłowe. $V = {}^6/_6$. Lewe oko jest silnie wypuklone, ruchomość we wszystkich kie-

sięcy później doniósł mi listownie, że znowu pełni służbę przy ciężkich działach nad Isonzo. Był ponownie ranny w brzuch, lecz rana się wygoiła. Dolegliwości ze strony oczu nigdy nie miał.

3) M. M., przyjęty 27. III. 1916 r. Został raniony przed miesiącem pod Rarańczą przez strzał karabinowy.

Stan obecny: Prawe oko prawidłowe, $V = {}^6/_6$.

Lewe oko: W przyśrodkowej części lewej brwi znajduje się świeża blizna (miejsce wejścia pocisku — wyjścia niema). Gałka oczna jest silnie wypuklona i odsunięta na zewnątrz i trochę na dół. Jeżeli ranny patrzy prosto przed siebie prawem okiem, to lewe oko zbacza mniej więcej 35° na lewo. Spojówka dolnego załamka, szczególnie w przyśrodkowej jego części, jest obrzękła, zaczerwieniona i wysuwa się pomiędzy powieką a gałką oczną. Sama gałka jest prawidłowa. Ruchomość jej we wszystkich kierunkach, szczególnie w prawym i górnym, znacznie zmniejszona. $V = {}^6/_6$.

Badanie zapomocą promieni Roentgena (30. III. 1916 r.) wykazało obecność tępego pocisku karabinowego w lewym oczodole. Jego dolny koniec leżał trochę na wewnątrz od wewnętrz-

nego kąta oka, jego zewnętrzny koniec mniej więcej na wysokości kości łzowej.

4. IV. 1916 r. Operacya wśród znieczulenia eterowego. Cięcie wzdłuż dolnego brzegu oczodołu, poczynając od przyśrodkowego końca aż do połowy. Tępa preparacya w kierunku górnym i przyśrodkowym, rozwarcie rany zapomocą tępych haków. Pomiędzy gałką oczną i kością znajdował się pocisk, który wyciągnięto zapomocą szczypczyków. Drenowanie wewnętrznego końca rany; 3 szwy skroniowej części. Mimo największej ostrożności wytworzyła się pod opatrunkiem nadżerka rogówki; w trzy dni po operacyi powstał wskutek tego ropny naciek rogówki trochę poniżej jej środka. Stosowanie 2% maści optochinowej i komory wilgotnej. Po dwóch tygodniach wrzód rogówki wygoił się i pozostawił tylko delikatną bliznę. Już w parę dni po operacyi sączek wyjęto i rana się zamknęła bez powikłań. Wypuklenie oka powoli się zmniejszyło; gdy zmętnienie lewej rogówki o tyle się wyjaśniło, by pozwolić na badanie zdwojonego widzenia, istniało ono już w nieznacznym stopniu. 10. VI. 1916 r. ranny opuścił szpital. Bystrość wzroku lewego oka wynosiła $^{6}/_{10}$, zdwojone widzenie znikło zupełnie, również wypuklenie oka; ruchomość oka we wszystkich kierunkach była prawidłowa.

4) K. M., 37 lat, został raniony przez pocisk karabinowy 30. VI. 1916 r. Przyjęcie do szpitala 9. VII. 1916. r.

Stan obecny: Prawe oko prawidłowe, $V = ^{6}/_{6}$.

Lewe oko: Rana w lewej skroni; wyjścia pocisku niema. Obrzęk górnej powieki. Wypuklenie gałki ocznej, wynoszące około 5 mm; gałka oczna wyparta ku dołowi na 1 cm. Ruchomość ku górze prawie zupełnie zniesiona, w innych kierunkach znacznie zmniejszona. Przekrwienie spojówki ocznej; gałka oczna bez innych zmian zewnętrznych. Źrenica tej wielkości, jak źrenica prawego oka, o odruchach prawidłowych. Wielka wybroczyna w ciele szklistem, całkiem zasłaniająca dno oka; tylko od góry czerwonawy odbłysk dna oka. Poczucie światła dobre, umiejscowienie w kierunku skroniowym dobre, w innych kierunkach niepewne. Przy pierwszem badaniu nie udało mi się wymacać pocisku. 20. VII. pomiędzy gałką oczną i górnym brzegiem oczodołu chełbotanie; w tem miejscu daje się wyraźnie wyczuć pocisk, o wiele łatwiej przy pochyleniu głowy naprzód.

22. VII. Operacya w znieczuleniu eterowem. Cięcie wzdłuż górnego brzegu oczodołu; preparowanie aż do gałki ocznej. Na razie nie udało się znaleźć pocisku. Mały palec w głębi rany nie może go wymacać, ponieważ pocisk jest łatwo ruchomy i usuwa się przed palcem; dopiero za gałką oczną, w pobliżu nerwu wzrokowego, udaje się wymacać pocisk. Przy pomocy dalszego preparowania zdołałem dosięgnąć, odsłonić i wyciągnąć pocisk. Zeszycie rany. Przebieg zabliźnienia był prawidłowy.

23. VIII. 1916 r. $V = ^{6}/_{24}$. Widzenie zdwojone ku dołowi. Wybroczyny w ciele szklistem prawie zupełnie wessane, tak że tylko dolna część ciała szklistego jest mętna. Dno oka prawidłowe. Ruchomość gałki ocznej ku dołowi trochę zmniejszona. Z powodu trudności porozumienia się z chorym nie udało się dokładnie wyśledzić położenia obrazów zdwojonych. W początku listopada 1916 r. opuściłem szpital; ranny jeszcze w nim pozostał. Zamierzałem go jeszcze przez dłuższy czas trzymać w szpitalu w nadziei, że widzenie zdwojone, które się stopniowo zmniejszało, zniknie zupełnie, tak że ranny odzyskałby zupełnie zdolność do służby. Dowiedziałem się jednak, że go wypuszczono ze szpitala 15. XI. 1916 r. Dalszych wiadomości o nim otrzymać nie mogłem.

Analiza 16 wymienionych przypadków wykazuje, że w 9 przypadkach były to strzały przez skroń, w 5 przypadkach z przodu; raz jeden pocisk przebił jamę mózgową i wtargnął do oczodołu z góry; dwa razy pociski przeszyły kościec twarzy i zatrzymały się w oczodole strony przeciwległej. Wszystkie te przypadki mają jedną wspólną cechę, a mianowicie, że siła pocisku była osłabiona, a przez to stosunkowo mała. Dowodem tego, że wszystkie pociski niezależnie od tego, z której strony się wdarły, pozostały w oczodole, ponieważ siła ich nie wystarczyła do przebicia przeciwległej kości. W przypadkach Hirschberga pocisk wprawdzie przeszył cały oczodół, lecz w jamie nosowej wyczerpała się jego siła.

Ta właśnie okoliczność jest przyczyną, że w tych przypadkach albo wcale nie było stłuczenia (kontuzyi) oka (6 przypadków: 2 Bernarda, 3 własne, 1 Saemischa), albo kontuzya była tak lekka, że wewnętrzne zmiany oka były tylko nieznaczne. Wyjątek stanowi tylko przypadek II Plochera (13), który można by z tej grupy wyłączyć, ponieważ może być także zaliczony do drugiej grupy. W tym przypadku doszło do rozerwania siatkówki; w innych przypadkach istniały tylko wybroczyny w ciele szklistem, albo w siatkówce bez jej rozerwania. W każdym razie jest to szczególne zdarzenie, żeby stosunkowo wielkie ciało obce wtargnęło do oczodołu i nie uszkodziło gałki ocznej.

Jak ma się zachować lekarz w takich przypadkach? Odpowiedź zależy od stanu całej zawartości oczodołu. Przypadek, podobny do przypadku Bernarda, w którym pocisk rewolwerowy nie wywołał żadnych zgoła zmian, należy do największych rzadkości. W przypadku Wagenmanna stosunkowo mały pocisk (z karabinka Teschinga) spowodował silny obrzęk i wypuklenie oka, zapewne wywołane przez wybroczynę w oczodole. Po ustąpieniu obrzmienia cała zawartość oczodołu powróciła do stanu



Ryc. 3.



Ryc. 4.

prawidłowego, tak że operacya okazała się zbyteczną. Obecność pocisku rewolwerowego w naszym pierwszym przypadku nie stanowiła wskazania do operacyi; towarzyszące zmiany doprowadziły do wniosków, które wprawdzie później okazały się mylnymi, ale były powodem zachowania się wyczekującego. O tem będzie mowa później przy rozpatrywaniu określenia siedziby ciał obcych przez promienie Roentgena. Obecność pocisku karabinowego w oczodole zawsze musi spowodować wyraźne zmiany aktu widzenia z powodu odsunięcia oka z położenia prawidłowego, a to nawet po zniknięciu zmian pierwotnych, t. j. obrzęku i wybroczyn. Taki stan jest wskazaniem do operacyi. Niektórzy dawniejsi autorowie wyraźnie uznawali wskazanie do operacyi w przypadkach utraty wzroku, ponieważ wypuklenie oka i zmniejszenie jego ruchomości były przyczyną zeszpecenia. Stanowisko to trzeba uznać za usprawiedliwione. W nowszych czasach takie przypadki nie znajdują się w literaturze, ponieważ nie byłyby one nowością. Dawniej wyjęcie pocisku z oczodołu było zdarzeniem ciekawem z punktu widzenia techniczno-operacyjnego.

Sposób postępowania operacyjnego zależy od okoliczności każdego przypadku i musi być zastosowany do jego szczególnych właściwości. W każdym z moich trzech operowanych przypadków musiałem postąpić inaczej. Wprawdzie metoda Kroenleina tak szeroko otwiera oczodół, że prawie każda część jego jest dostępna; w wielu przypadkach jednak inna metoda jest właściwsza, ponieważ mniej zagraża czułym częściom zawartości oczodołu. Rozstrzygać będzie nietylko położenie pocisku w stosunku do gałki ocznej, lecz także położenie dłuższej osi pocisku, która w większości przypadków da się wykazać zapomocą promieni Roentgena. (W moim czwartym przypadku badanie rentgenograficzne nie dało się przeprowadzić z powodu uszkodzenia aparatu, którego nie można było na razie naprawić dla braku fachowych robotników). W moim trzecim przypadku inny sposób postępowania, jak obrany, byłby łatwo wywołał uszkodzenie mięśni i nerwów. Podobne było położenie w czwartym przypadku. Pocisk leżał w jamie, położonej ku górze i tyłowi gałki ocznej, tak ruchomo, że można go było wyczuć przy pochyleniu głowy naprzód. Położenie było rozstrzygające dla obrania drogi, na której najłatwiej można było uniknąć uszkodzenia ważnych części. Wprawdzie chory jeszcze miał widzenie zdwojone, gdy opuścił szpital, przypuszczam jednak, że widzenie zdwojone musiało później zniknąć. Nie udało mi się niestety dotychczas otrzymać dalszych wiadomości o losie chorego.

Ciekawem jest, że prawie we wszystkich przypadkach, w których gałka oczna wcale albo nieznacznie była uszkodzona, mięśnie i nerwy oczodołu nie okazywały znaczniejszych uszkodzeń i że przy osiągnięciu ostatecznego wyniku po zagojeniu rany znikły one zupełnie albo tylko z wyjątkiem nieznacznych zboczeń. Okoliczność tę zapewne także należy przypisać małej sile pocisku; mięśnie i nerwy mogą wyzyskać swoją elastyczność względem wdzierającego się do oczodołu pocisku. Pocisk rozciąga je lub odsuwa na bok, lecz ich nie rozdziera. Nerw wzrokowy zapewne także czasami zostaje odsunięty z prawidłowego położenia bez szkody dla siebie.

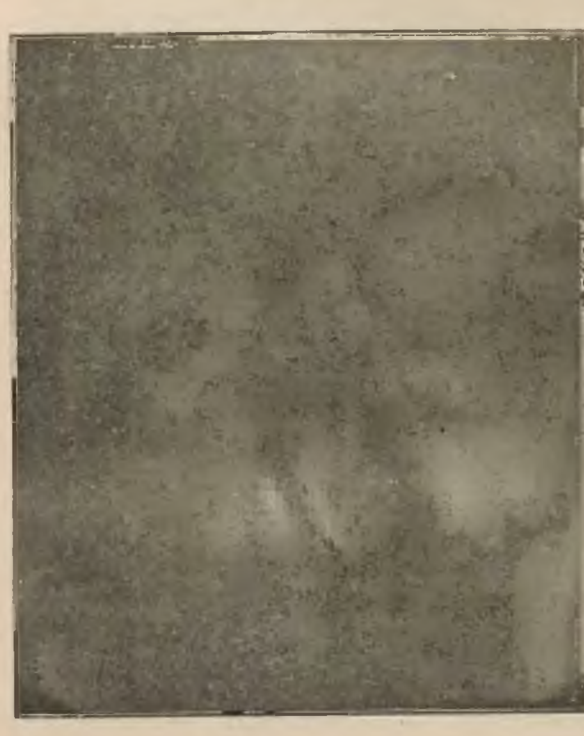
Pod tym względem zranienia przez małe ostre odłamki albo narzędzia są o wiele niebezpieczniejsze, jak tego dowodzą dwa następujące przypadki.

G. M. S. został raniony na płaskowzgórzu Doberdo przez odłamki granatu 30. VI. 1915 r. Po przyjęciu do szpitala 9. VII. 1915 znalazłem następujący stan:

Prawe oko: Lekkie krwawe podbiegnięcie dolnej powieki: mniej więcej w jej środku znajduje się mała blizna. Lekkie wypuklenie oka, ruchomość we wszystkich kierunkach, szczególnie ku skroniowej stronie, znacznie zmniejszona; spojówka lekko obrzękła, zaczerwieniona. Gałka oczna zewnętrznie prawidłowa, źrenica średniej wielkości, bez odruchów, środki łamiące oka przeźroczyste, brodawka nerwu wzrokowego prawidłowa; o trzy średnice brodawki niżej od niej trzy małe pręgowate wybroczyny, jeszcze niżej większa wybroczyna. Ślepota. Badanie rentgenograficzne wykazuje obecność dwóch małych odłamków w dolnej części oczodołu, mniej więcej 2 cm za dolnym brzegiem oczodołu. Te odłamki, a może tylko jeden z nich, trącił o gałkę oczną i dosięgnął nerwu wzrokowego. Czynność mięśni została uszkodzona przez wybroczynę i obrzęk. Później czynność ta powróciła zupełnie do stanu prawidłowego. 10. VIII. Przy oświetleniu lewego oka powstaje współczulny odruch prawej źrenicy. — 15. VIII. Brodawka nerwu wzrokowego zaczyna blednąć. — 23. VIII. Obrzęk około dolnego brzegu oczodołu wzrasta; za dotknięciem miejsce to jest silnie bolesne. — 26. VIII. Operacya w ogólnem znieczuleniu. Cięcie długości 4 cm wzdłuż dolnego brzegu oczodołu; wycieka niewielka ilość ropy; zapomocą zwitka gazy udaje się wyciągnąć jeden odłamek granatu. Jama ropnia sięga aż do tylnej części oczodołu. Sączkowanie. — 2. IX. Wypuklenie oka silnie się zmniejszyło. Nieznaczny wysięk z rany.— 20. IX. Rana jest bardzo mała, $1^{1}/_{2}$ cm głębokości. Większa część wybroczyn w siatkówce wessana; na ich miejscu widać małe ilości barwika; nerw wzrokowy jest bardzo blady, naczynia nadzwyczaj cienkie. — 4. X. Zupełny zanik nerwu wzroko-



Ryc. 5.



Ryc. 6.

wego; naczynia siatkówki bardzo cienkie. Ruchomość oka prawidłowa.

Drugi przypadek dotyczył chorego, którego oddano mi w roku 1909 celem wydania orzeczenia sądowego. Trzy miesiące przed badaniem został raniony w lewy oczodół przez ukłucie sztyletem, które wywołało natychmiastową ślepotę. Na dolnym i skroniowym brzegu oczodołu widać było krótką bliznę. Oprócz tego nie było żadnych zewnętrznych zmian patologicznych, działalność mięśni, nerwów była prawidłowa. Istniał tylko zupełny zanik nerwu wzrokowego. Trzeba było przypuścić, że wązki sztylet przeszył nerw wzrokowy za wejściem naczyń środkowych, nie tknąwszy ani mięśni, ani nerwów. Przypadek przedstawia zatem zranienie samego tylko nerwu wzrokowego.

Nowoczesne sposoby badania, szczególnie dokładne określenie siedziby ciała obcego zapomocą promieni Roentgena, oddają znakomite usługi. W opisanym przypadku G. M. S. i w drugim przypadku, dotyczącym rannego niemieckiego podoficera S. A., operowanego podług metody Kroenleina, w których obce ciała były bardzo małe, zapewne nie udałoby się



Ryc. 7.

usunąć ich bez badania rentgenograficznego. Nawet Bergmannowi (1) zdarzyło się w dwóch przypadkach, że nie zdołał przy zastosowaniu metody Kroenleina znaleźć w oczodole pocisków rewolwerowych, których siedzibę oznaczono zapomocą promieni Roentgena (w pracy jego nie podano szczegółów metody określenia położenia obcych ciał). Pierwszy przypadek, opisany w niniejszej pracy, dowodzi, że nawet dokładne rentgenograficzne określenie położenia ciała obcego w połączeniu z innymi klinicznymi sposobami badania może doprowadzić do mylnych wniosków. Wobec umiejscowienia pocisku, porażenia wszystkich nerwów, unerwiających mięśnie oczne, początkowej zupełnej ślepoty z oznakami wziernikowemi zaniku nerwu wzrokowego, przypuszczenie, że pocisk znajduje się w tylnej części oczodołu, było uzasadnione. Wobec tego przypuszczenia rokowanie było zupełnie niepomyślne i operacya wydawała się bezcelową. Rozpoznanie okazało się mylnem wskutek niedość dokładnego określenia położenia pocisku. Chodziło nie o przerwanie nerwów, lecz o ucisk, wywarty przez wybroczynę i obrzęk w bezpośrednim otoczeniu pocisku; ucisk ten przerwał przewodnictwo nerwów, które powróciło, jak tylko zaczęły znikać zmiany w pobliżu pocisku. Nerwy, unerwiające mięśnie oczne, oraz nerw wzrokowy odzyskały swe przewodnictwo. Nerw wzrokowy musiał ucierpieć, co można było poznać po jego białym kolorze; wielka część jego włókien nerwowych wytrzymała jednak ucisk. W tym przypadku nerw wzrokowy zachował się jak przy ostrem zapaleniu pozagałkowem, w którem także jednocześnie brodawka nerwu blednie, a bystrość wzroku wzrasta.

Mogłoby się wydawać na pierwszy rzut oka, że przytoczone przypadki ran postrzałowych oczodołu zaprzeczają ogólnie uznanemu poglądowi, podług którego pociski, przenikające do oczodołu, wywierają skutki wybuchowe. Teoryę tę streścił Adam. Sprzeczność jest jednakże tylko pozorna. Przy postrzałach oczodołu, w których pocisk jeszcze przebywa dalszą drogę, przebiwszy oczodół, zawsze widzimy wybroczyny we wnętrzu oka, rozdarcia wewnętrznych błon oka i następowe nowopowstałe masy tkanki łącznej. W bardzo nieznacznym stopniu takie zmiany istniały także w niektórych naszych przypadkach. Opisane w niniejszej pracy przypadki zajmują odrębne stanowisko właśnie dlatego, że pomimo wtargnięcia większych pocisków (karabinowych i rewolwerowych) do oczodołu powstały tak nieznaczne zmiany, iż po usunięciu pocisków nastąpiła »restitutio ad integrum«. Odrębność tych przypadków spowodowana jest niedostateczną siłą pocisków; siła ta była bez porównania mniejsza, niż w przypadkach przestrzelenia oczodołu albo głowy. Zwykłe działanie wybuchowe pocisków w oczodole polega na wielkiej sile żywej, z którą one dostają się do oczodołu. Opisane przypadki są zatem dobrym dowodem wspomnianej teoryi. Przebieg przypadków dowodzi także, że usunięcie pocisków, wykonane z wszelką ostrożnością i starannością, nie przynosi żadnych szkód — przeciwnie jest wskazane w celu przywrócenia prawidłowej działalności narządu wzroku.

Na zakończenie chciałbym dotknąć kwestyi nadzwyczajnie ważnej, t. j. zapalenia współczulnego. Tę okoliczność, że rzadko spotykamy przypadki tej choroby wobec ogromnej liczby zranień ocznych podczas wojny, zawdzięczamy temu, że się na czas wyłuszcza gałki oczne, stracone przez zranienia. Trzeba jednak przytem zwrócić uwagę na to, że szczególnie podczas wielkiego dopływu rannych wiele operacyi robi się dopiero w szpitalach w głębi kraju, tak że czasami jest trudno sprawdzić, jakie leczenie było stosowane, a nawet czasami, czy robiono jaką operacyę, czy nie. Oprócz tego niektórzy ranni po zagojeniu ran i przejściu bólu niechętnie poddają się operacyi. Zdarzało mi się nieraz, że u ludzi, których odesłano na oddział oczny z innych powodów, znajdowałem i usuwałem przez operacyę małe, zanikłe gałki oczne. Przy większych okaleczeniach w okolicy oczodołu można łatwo przeoczyć obecność resztki oka, albo jest nawet niemożliwem rozstrzygnąć, czy oko jest, czy go niema. Do tego jeszcze chory może wprowadzić lekarza w błąd przez swoje twierdzenia. Jako przykład może służyć następny przypadek.

32-letni L. S. został przyjęty na mój oddział 10. II. 1915. Był on przedtem w szpitalu w mieście prowincyonalnem, gdzie, jak utrzymywał, wyjęto mu lewe oko. Prawe oko było prawidłowe. Lewe oko: Od tylnej powierzchni górnej powieki obłe pasmo ciągnie się do dna worka spojówkowego. Resztek oka nie udało się znaleźć. 14. II. owo pasmo tkanki przecięto i zeszyto rany. 16. II. po ustąpieniu obrzęku spojówki widać było w głębi resztki gałki ocznej.

Okulista szpitala, w którym chory poprzednio przebywał, wyśmienity specyalista, na pytanie, czy oko zostało choremu wyjęte, odpowiedział następująco: »D. 9. IX. 1914 r., gdy ranny został przyjęty do szpitala, widać było resztki rozdartej gałki ocznej, które 12. IX. odcięto, o ile łatwo się to dało zrobić, zapomocą nożyczek. Cała zawartość oczodołu była silnie obrzękła, a powieki w takim stanie, że o prawidłowem wyłuszczeniu mowy być nie mogło. Napewno zatem pozostawiono resztki oka w oczodole«.

2. II. usunięto resztki oka wśród znieczulenia ogólnego.

Przypadek ten dowodzi, że chory może posiadać niebezpieczne resztki oka, o tem nie wiedząc.

Ciekawy jest drugi przypadek.

Żołnierz Z. I., przysłany na mój oddział ze szpitala »Rudolfinenhaus« z zapytaniem, czy chory ma prawe oko, czy też go niema. Nawet po dokładnem badaniu nie mogłem na to pytanie odpowiedzieć. Mała blizna na środku prawej skroni, powieki prawidłowe. Worek spojówkowy był próżny, a na jego tylnej ścianie widać było bliznę z lekką pigmentacyą. Inna zmiana koloru nie objawiała obecności jakiegokolwiek tworu. Zapomocą dotyku niczego nie dało się wyczuć.

Ranny dawał sprzeczne i niejasne wyjaśnienia, dotyczące zranienia przed czterema miesiącami i dotychczasowego leczenia. Wobec tego w znieczuleniu miejscowem przeciąłem poziomo spojówkę i w głębi znalazłem resztkę oka wielkości grochu, zawierającą tkankę pigmentowaną.

Tu mogę przytoczyć także przypadek XVI. z pracy mojej i Henninga o protezie, zastępującej powieki i gałkę oczną (Lidbulbusprothese).

O. M., 21-letni żołnierz, raniony 20. V. 1915 r. pod Radomiem. Był najpierw w szpitalu fortecznym w Głogowie, skąd go przeniesiono 15. VII. do Wiednia. Stan obecny w chwili przyjęcia: Skroniowe trzy ćwierci powiek prawego oka zrosłe ze sobą; z otworu pozostałego worka spojówkowego wycieka obficie płyn śluzoworopny. O ile widać, gałki ocznej niema. Przy operacyi (17. VI.) po przecięciu powiek okazała się w głębi torbielowata resztka worka spojówkowego, na jego tylnej powierzchni znajdowała się gałka oczna wielkości grochu, zrosła z zewnętrzną ścianą oczodołu.

Nakoniec przypadek, dotyczący żołnierza M. L., 28 lat, którego przyjęto na oddział 26. V. 1916 r., w 4 tygodnie po zranieniu lewego oka przez odłamek granatu. W górnej powiece znajdowała się blizna; widać było zanikłą gałkę oczną wielkości orzecha, leżącą po stronie skroniowej. Przy operacyi, przedsięwziętej 29. V., okazało się, że brakowało znacznej części błon ocznych po stronie skroniowej; pasmo tkanki bliznowatej ciągnęło się ku zewnętrznej ścianie oczodołu. W tej tkance, jak również na powierzchni i w zagłębieniach kości, leżała tkanka barwikowa, która z trudnością tylko dała się usunąć zapomocą szczypczyków, nożyczek i ostrej łyżeczki.

Wobec takich zdarzeń trzeba wymagać dokładnego badania w przypadkach wątpliwych. Może się zdarzyć, że chory, któremu widocznie brak jednego oka, ma zapalenie tęczówki i ciałka rzęskowego, którego to zapalenia natura współczulna pozostaje nie rozpoznaną. Szczególnie w tych przypadkach, gdzie postrzały oczodołu wywołały zranienia powikłane, może istnieć stan rzeczy, który w analogii do »kryptophthalmus congenitus« możnaby nazwać »kryptophthalmus traumaticus« i który może wywołać ciężkie skutki dla chorego, a może także mieć wielkie znaczenie wobec żądań o odszkodowanie. Trzeba również postawić żądanie, by w przypadkach operacyjnych, o ile idzie o silnie zniszczoną gałkę oczną, zwracać baczną uwagę na to, aby nie pozostawić w oczodole nawet najmniejszych luźnych cząstek gałki ocznej.

Wykaz piśmiennictwa: 1) v. Bergmann: Deutsche med. W. 1902, str. 236. — 2) Bernard: Plaies pénétrantes avec corps-etrangers de l'orbite par armes à feu de petit calibre. Thèse de Paris 1886. — 3) Clairmont: Mitt. aus d. Grenzg., t. XIX, str. 59, 1908. — 4) Enslin: Ueber Schussverletzungen des Sehorgans. Gedenkschr. f. v. Leuthold. II, str. 695, 1906. — 5) Fleischer: Münch. m. W., 1915, str. 98. — 6) Hirschberg: Berl. k. W., 1891, str. 933. — 7) Hansell: Ophth. Rec., 1904, str. 218. — 9) Lauber und Henning: Monatschr. f. Augenh. t. LVIII, str. 66, 1917. — 10) Lieblein: Prag. m. W. 1906, Nr 50. — 11) Pollnow: Centrlb. f. prakt. Aug., 1902, str. 194. — 12) Posey: Opht. Rec., 1905, str. 112. — 13) Plocher: Monatsh. f. Aug., LVI, str. 27, 1916. — 14) Reynier: Recueil d'opht., 1900, str. 687. — 15) Saemisch: Monatsft. f. Aug., 1871, str. 51. — 16) Uthhoff: Berl. k. W., t. 53, str. 5, 1916, — 17) Wagenmann: Graefe-Saemisch: Handb. d. ges. Augenheilk., wyd. II., t. II., str. 1802, 1913. — 18) Yverh: Recueil d'opht., 1900, str. 177. — 19) Zimmermann: Monatsht. f. Aug., t. XLV, str. 195, 1907.

O zapobieganiu nawrotom skrętu pętli esowatej.

Podał

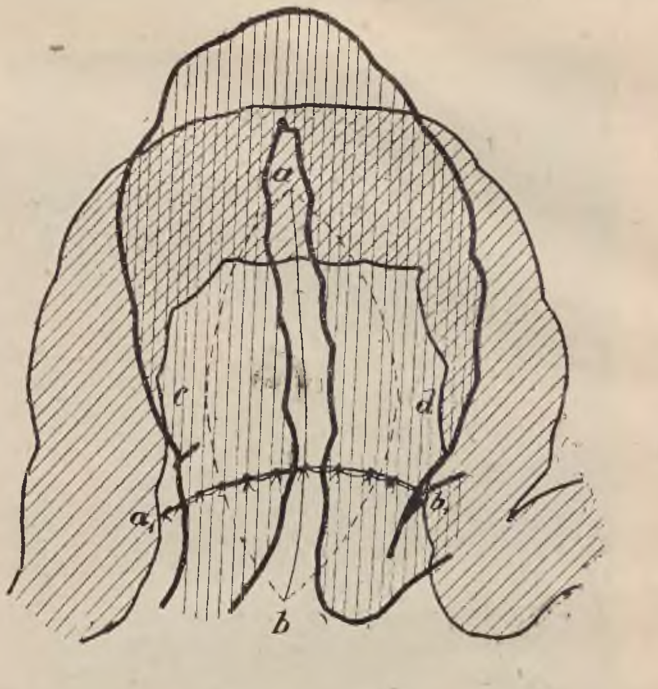
M. W. Herman.

B. T., kobieta, około 50 lat licząca, od najmłodszych lat cierpiąca na zaparcie, zapadła przed 3 dniami poraz siódmy czy też ósmy w swem życiu na niedrożność jelit. Środki i zabiegi, z powodzeniem w tamtych napadach stosowane, tym razem zawiodły. Na zaproponowaną laparotomię godzi się chora tem łacniej, że bóle, towarzyszące wybitnie wzmożonym ruchom robaczkowym rozdętej, a przez wiotkie powłoki wyraźnie się rysującej pętli, są bardzo dolegliwe.

Laparotomia, wykonana przy pomocy lekarza ordynującego, Dr W. Kraszewskiego, potwierdziła jego rozpoznanie przedoperacyjne. Znaleźliśmy typowy przypadek skrętu esicy, nadmiernie wydłużonej, rozdętej i między przeponę a miednicę zaklinowanej. Po uruchomieniu pętli i odkręceniu jej (o 360°) stwierdziliśmy zupełnie dobry stan jej ścian, natomiast w krezce znaleźliśmy rozległe blizny, zwłaszcza na powierzchni przyśrodkowej, gdzie występowały w postaci skośnych i poprzecznych listewek i fałdów, przebiegających od jednego ramienia esicy do drugiego. Mniej zbliznowaciała była powierzchnia boczna krezki. Widocznem było, że blizny te w wysokim stopniu usposabiały do nawrotów skrętu. Nie mogłem przeto poprzestać na samem tylko odkręceniu.

Z zabiegów, mających zapobiegać nawrotowi skrętu (colopexis v. Nussbauma, przyszycie krezki Rosera lub Rouxa, sfałdowanie krezki Senna, zespolenie ramion esicy u podstawy v. Bergmanna, wycięcie esicy Obalińskiego), jedne są prawie bezwartościowe, a nawet szkodliwe, inne w tym specyalnie przypadku okazały się niewykonalne lub zbyt poważne.

Poradziłem sobie przeto w ten sposób: Najpierw przeciąłem blizny po przyśrodkowej stronie krezki cięciem podłużnem (na rys. a—b), równoległem do ramion esicy, przechodząc ku



dołowi aż na zdrową otrzewną ścienną. Przez rozciągnięcie ramion pętli kiszki (na rys. prostopadle kreskowanej), nacięcie linijne zamieniło się w ubytek owalny (na rys. a—d—b—c). To samo zrobiłem na bocznej powierzchni krezki. A jakkolwiek oba cięcia leżały niemal naprzeciw siebie i jakkolwiek chodziło o osobnika licho odżywionego, udało mi się przy ostrożnem postępowaniu rozszerzyć nacięcie bez przedarcia skąpej tkanki tłuszczowej, zawartej między obiema zbliznowaciałemi blaszkami otrzewnemi. Szczegół ten wydaje mi się dość ważnym, aby go podkreślić. W dalszym bowiem ciągu, w sposób, znany chirurgii wytwórczej, nacięcie podłużne na obu powierzchniach krezki zeszyłem poprzecznie (na rys. a—b). To spowodowało, że wysokość pętli obniżyła się, a podstawa jej rozszerzyła (na rys. pętla skośnie kreskowana), a tem samem — jak mniemam — zmniejszyła się skłonność do skrętu. A że mimo takie przekształcenie krezki naczynia w niej przebiegające nie zostały zaciśnięte, o czem naocznie przekonałem się w czasie operacyi i o czem świadczył zupełnie pomyślny przebieg pooperacyjny, stało się to dzięki zachowaniu w ciągłości pokładu tkanki tłuszczowej, zawartej między zbliznowaciałemi blaszkami krezki i stanowiącej elastyczne rusztowanie dla naczyń, co zapobiegało kątowatemu załamaniu naczyń.

Późniejszy przegląd literatury pouczył mię, że na blizny w krezce esicy szczególniejszą uwagę zwrócił Riedel[1]). Odpowiednie ustępy w jego pracy brzmią w tłómaczeniu następująco:

»Przewlekłe zaparcie. Raz niedrożność jelit. Trwałe wyleczenie przez usunięcie blizn... Ograniczona część krezki tak się skurczyła, że odpowiednia cześć jelita tworzy niejako dodatek, sterczący w bok, kolisty, którego ramię doprowadzające leży tuż koło ramienia odprowadzającego. Ta część jelita, długa około 20 cm., wyprostowała się dopiero wtedy, skoro zwolna przecięto

[1]) Mitteil. a. d. Grenzg. Med. u. Chir. II Bd. 1897.

zbliznowaciałą krezkę, co powiodło się prawie bez krwawienia. Pętla jelita stała się prawidłowo ruchomą«...

Podobnie brzmi opis drugiego przypadku Riedla.

I jakkolwiek 5- wzgl. 7-letnia obserwacya stwierdziła u tych operowanych stale pomyślny stan zdrowia, nikt Riedla nie chciał naśladować, gdyż »po zagojeniu się nacięcia mogłyby wskutek kurczenia tkanki powrócić dawne stosunki« (Finsterer[2]).

Natomiast plastyka, wykonana sposobem na wstępie opisanym, zapewnia do pewnego stopnia trwałość w nowowytworzonym stosunku wysokości krezki do szerokości jej podstawy. Zgoła nie łudzę się, aby ta metoda »pod gwarancyą« zapobiegała nawrotom[3]). Myślę jednak, że należałoby rozważać możność jej wykonania w każdym przypadku, w którym nie możemy ważyć się na zapobiegawcze wycięcie esicy (Obaliński[4]).

Bo tylko wycięcie esicy trafia w sedno zagadnienia tu nas zajmującego. Pierwotną przyczyną skrętu jest niezwykle długa esica (rodzaj »megacolon congenitum?«). Zmiany w krezce, usposabiające do nawrotów, są sprawą wtórną, wywołaną najprawdopodobniej nie jakąś trudną do wytłumaczenia pierwotną i ściśle ograniczoną sprawą zapalną (nazwa »mesosigmoiditis« niczego nie wyjaśnia!), lecz od czasu do czasu powtarzającemi się zaburzeniami w krążeniu, spowodowanemi (może niezupełnym) skrętem esicy (a zatem jakoby »cirrhosis cyanotica mesosigmoidei«).

---

[2]) Verhandl. d. deut. Ges. f. Chir. XLI Congr. Berlin 1912. Str. 114.

[3]) Makewain opisał nawrót, stwierdzony operacyjnie przez Zoege von Manteuffa w 9 lat po wycięcy esicy, wykonanem przez Kocha. (Ref. w Ztrbl. f. Chir. 1912 Nr 21).

[4]) Pamiętnik Oddz. chir. szpit. św. Łazarza w Krakowie. Kraków 1893.

Zapiski lecznicze.

Providoform (tribrom-β-naftol) jest to przetwór, wynaleziony przez prof. Bechholda we Frankfurckim Zakładzie medycyny doświadczalnej. Jako dzielny środek antyseptyczny znalazł prowidoform zastosowanie w chirurgii (Prof. Leser w Münch. m. W. 1914), w miejscowem leczeniu błonicy (Leschke, tamże 1915, Schmidt w Wochensch. f. phys. Heilk. 1916) i t. p. Prof. Bechhold zaleca szczególnie 5% nalewkę (tinctura) prowidoformową zamiast nalewki jodowej, którą przewyższa tem, że jest bezbarwna, bezwonna, a hamuje rozwój prątków błonicy jeszcze w rozcieńczeniu 1:400.000, paciorkowców w rozcieńczeniu 1:60,000. Nalewkę sporządza się przez proste rozpuszczenie prowidoformu w 95% alkoholu; nalewka ta jest trwała. Rozcieńczona wodą nadaje się ta nalewka do przepłukiwań i t. p., ale taki rozczyn wodny psuje się po dobie, należy więc zawsze świeżo go sporządzać. Ld.

Wiadomości bieżące.

Z Towarzystwa lekarzy galicyjskich. Dnia 13. kwietnia b. r. odbyło się we Lwowie posiedzenie pełnej Rady zawiadowczej. W uwzględnieniu drożyzny przyznano na termin kwietniowy 35 wdowom, względnie sierotom po kolegach jednorazowe wsparcia w kwocie 3.010 koron. Ustalono trzy fundacye wieczyste, a mianowicie: Prof. G. Ziembickiego i dwie dawniejsze z roku 1902 i 1889, których akta fundacyjne w naszem archiwum odszukaliśmy. Są to fundacye Dr Jana Roznera (1.100 kor. nom.) i Dr Władysława Ściborowskiego (600 kor. nom.). Dalej Rada zawiadowcza przyznała funduszowi

»naukowemu Towarzystwa lekarzy galic.« kwotę 500 kor. Koledze Dr Władysławowi Czyżewiczowi, lekarzowi powiatowemu w Jarosławiu, który przeniósłszy się do Lwowa, ustąpił z prezesostwa Oddziału jarosławskiego, uchwalono złożyć wyrazy uznania i podziękowania za wzorowe i zawsze jednako gorliwe prowadzenie Oddziału przez długi szereg lat. Na wniosek kol. Müllera postanowiono poczynić potrzebne starania, które wojna przerwała, aby umożebnić uchwaloną już w zasadzie przez Walne Zgromadzenie Towarzystwa lekarzy galic. sprzedaż Morszyna.

Na początku posiedzenia prezes kol. Machek przedłożył sprawozdanie za rok 1917, które Rada zawiadowcza przyjęła do wiadomości i uchwaliła ogłoszenie drukiem w »Przeglądzie lekarskim«. Ze sprawozdania już teraz podajemy kilka ważniejszych dat. Dary, ofiarowane dla wdów i sierot, doszły w roku 1917 do kwoty 3.000 kor. Wsparcia stałe (pensye) i jednorazowe zapomogi wynosiły 20.200 kor., o 4.000 kor. więcej, niż w roku poprzednim. Od początku wojny do dziś pobrały wdowy i sieroty po naszych kolegach 72.865 kor. Fundacye wieczyste wynoszą 989.245 kor., z tego w walorach 778.382 kor., książeczkach 54.319 kor., a w ziemi 156.543 kor. (Morszyn). Bilans wykazuje z dniem 31. grudnia 1917 stan czynny 1,001.728 kor., licząc wartość Morszyna tylko 156.543 kor. Wzrost stanu czynnego w roku 1917 wynosi 23.109·14 kor. Z Morszyna miało Towarzystwo dochód 2.280·67 kor., które włączono do funduszu inwestycyjnego.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło d. 1. IV. 1918 posiedzenie, na którem prof. Dr Nowotny miał wykład: O fizyologii migdałka. W dyskusyi przemawiali prof. Klecki, Krzyształowicz i prelegent.

— Dyplom doktora wszech nauk lekarskich uzyskał p. Józef Wiśniewski, rodem z Krakowa.

Warszawa. Oprócz 4 lekarzy, którzy weszli do Rady Stanu z wyboru, zostali członkami Rady mianowani Dr Alfred Sokołowski i Dr Rafał Radziwiłłowicz.

— Inauguracyjny wykład prof. Dr Alfreda Sokołowskiego z zakresu propedeutyki lekarskiej odbył się bardzo uroczyście w obecności Ministrów oświaty i zdrowia publicznego, Wydziału lekarskiego oraz delegatów Towarzystw naukowych. Również uroczyście został otwarty zakład hygieniczno-bakteryologiczny, urządzony przez prof. Dr Serkowskiego.

Redakcya otrzymała: Bronowski: Plan badania klinicznego. (Wydawn. »Gazety lek.«). Warszawa 1918, stron 64. — A. Puławski: Jak urządzić zdrowe życie w zagrodzie wiejskiej. (Odczyt nagrodzony na konkursie Warszawskiego Towarzystwa higienicznego). Warszawa 1918. str. 62. — K. Orzechowski: 1) Badania nad patogenezą chorób myotonicznych. (Księga pam. Orzechowicza, Lwów 1916). 2) Metaluetyczne cierpienia układu nerwowego a wewnętrzne wydzielanie (Lwowski Tyg. lek. 1913).— Orzechowski i Walichiewicz: Przypadek operowanej torbieli móżdżku. (Tyg. lek. 1913). — Orzechowski i Meisels: Untersuchungen üb. d. Verhalten des vegetativen Nervensystems in der Epilepsie. (Epilepsia Vol. IV). — Orzechowski i Frey: Latente Tetanie bei Otosklerose. (Wiener kl. Woch. 1917).

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich w kwietniu 1918.

Gazeta lekarska Nr 13—16: Grzankowski: Rzadki przypadek śródbłoniaka części pochwowej macicy (13). — Męczkowski: Potrzeby szpitali warszawskich (13—15). — Puławski: Zasady systemu odżywiania Pirqueta (14—15). — Chełmoński: Głodowy zanik kości (16).

Medycyna i Kronika lekarska Nr 13—16: Wojciechowski: Przypadek zatrucia trionalem i dioniną (13—14). — Srebrny: (dok. 13). — A. Zawadzki: Wrzody żołądka i dwunastnicy (14—16). — Orłowski: Przyczynek do nauki o zapaleniu opon mózgowych surowiczem (16).

Polski Miesięcznik lekarski. Rok II. Nr 7 (wydany w grudniu 1917, ostatni, jaki wogóle wyszedł): W. Orłowski: W sprawie różnicowego rozpoznania siedziby obrzmień brzucha. — W. Janowski: Nerwobóle w ścianie brzusznej pod względem praktycznym. — Wojnicz: Cholera w Słucku w r. 1915. — Golakowski: O ranach postrzałowych jamy brzusznej. — Al. Żebrowski: O technice otwierania ropni okołomigdałkowych. — Lewicki: Nowy sposób operacyi garbiaka całkowitego rogówki.— Sawatjejew: O przygotowywaniu barwika Giemsy. — Rozenfeld i Zieliński: Polemika.

Zdrowie Z. 4: Polak: Przyczynek do statystyki śmiertelności w Warszawie. — Łukasiewicz (dok.).

Kronika dentystyczna Nr 2—4: Klein: Przypadek kostniakomięsaka żuchwy. — Rys ogólny sprawy techników dentystycznych.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę 15. maja 1918** o godzinie 6 wieczór **w Domu Towarzystwa (Radziwiłłowska 4).** (Porządek dzienny będzie ogłoszony później).

WYDZIAŁ KRAJOWY.
LW. 16.694.

OGŁOSZENIE KONKURSU.

Wydział krajowy Królestwa Galicyi i Lodomeryi wraz z Wielkiem Księstwem Krakowskiem ogłasza niniejszem konkurs na posadę prymaryusza oddziału chorób nerwowych i umysłowych kraj. Szpitala św. Łazarza w Krakowie — z płacą roczną trzy tysiące (3.000) koron, oraz prawem do trzech dodatków pięcioletnich po sześćset (600) koron rocznie.

Ubiegający się o powyższą posadę doktorowie medycyny winni wykazać, iż:

1) są obywatelami państwa austryackiego,
2) nie przekroczyli 40-go roku życia,
3) posiadają znajomość języków krajowych,
4) są specyalistami w dziedzinie chorób nerwowych i umysłowych; w tym celu winni kandydaci przedłożyć swe odnośne prace naukowe.

Termin konkursu oznacza Wydział krajowy na dzień 31. maja 1918 roku.

Podania należycie udokumentowane należy wnieść w powyższym terminie za pośrednictwem Dyrektora kraj. Szpitala św. Łazarza w Krakowie.

Lwów, dnia 12. kwietnia 1918. 260

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.